Ein Beitrag

zur

künstlichen Afterbildung.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

unter dem Präsidium

des Herrn Generalstabsarztes Prof. Dr. von Nussbaum

der medizinischen Facultät

der kgl. Ludwigs-Maximilians-Universität in München

vorgelegt

von

Friedrich Sindermann,

approb. Arzt.

München, 1879.

Kgl. Hof- u. Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Ein Beitrag

zur

künstlichen Afterbildung.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

unter dem Präsidium

des Herrn Generalstabsarztes Prof. Dr. von Nussbaum

der medizinischen Facultät

der kgl. Ludwigs-Maximilians-Universität in München

vorgelegt

von

Friedrich Sindermann,

approb. Arzt.

München, 1879.

Kgl. Hof- u. Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554610_0086

Die Operation der künstlichen Afterbildung ist noch ziemlich neuen Datums. Eigentlich muss diess Befremden erregen, wenn man bedenkt, dass die Natur selbst bisweilen krankhafte Zustände des Darmes durch die Herstellung eines anus praeternaturalis zu einer relativen Heilung bringt. Dies geschieht z. B. bei incarcerirten Hernien, wenn das im Bruchsacke enthaltene Darmstück brandig wird, der gesunde Darm sich mit dem Bruchhals verlöthet aufbricht und der Koth sich durch die Bauchdecken einen Ausweg bahnt. Ein ähnliches Ereigniss tritt zuweilen bei penetrirenden Bauchwunden ein, wenn zugleich der Darm verletzt ist. Es verkleben dann die Wundränder der Darmwunde mit denen der Bauchwunde, und der Koth, der sich sonst in die Peritonealhöhle ergossen und eine tödtliche peritonitis hervorgerufen haben würde, tritt nun unschädlich durch die Bauchwunde nach aussen. Was Verletzungen zu Wege bringen kann auch durch Neoplasmen oder Geschwüre der Darmwand bewirkt werden. Wenn solche nämlich exulceriren, so durchfressen sie die Gewebsschichten des Darmes; bevor es aber zu einer Perforation kommt, ist in der Regel schon durch einen Entzündungsprocess in der Nachbarschaft der afficirten Darmstelle eine Verlöthung des peritonealen Ueberzuges des Darmes mit dem der Bauchwand, der Blase oder des Uterus vor sich gegangen, so dass der Koth nicht in die Bauchhöhle tritt, sondern sich einen Weg nach aussen in die

Nachbarhöhlen bahnt. Solche Ausgänge von Darmaffectionen müssen immer noch als relativ günstige bezeichnet werden, da dadurch dem Austritte des Kothes in die Bauchhöhle und einer tödtlichen peritonitis vorgebeugt wird.

Wenn also die Natur auf diese Weise durch Selbsthilfe den Menschen bisweilen vor dem Tode bewahrt, so muss man sich in der That wundern, dass die Chirurgie nicht längst diesen Fingerzeig benutzte und ihn für ihre Zwecke verwerthete. Ja man hat sogar schon lange, bevor noch die künstliche Afterbildung geübt wurde, bei ileus die Bauchhöhle geöffnet, um das Hinderniss der Kothentleerung zu suchen, fand man es aber nicht, so schloss man die Bauchwunde und überliess den unglücklichen Patienten dem fürchterlichsten Tode, ohne daran zu denken, dass die Anlegung eines künstlichen Afters das Leben retten konnte.

Das Verdienst Littre's ist es nun, die Operation der künstlichen Afterbildung in's Leben gerufen zu haben, obwohl er sie selbst an einem Lebenden nie ausgeführt hat. Er fand nämlich bei der Section eines Kindes, welches mit atresia ani geboren war, und 6 Tage nach der Geburt starb, dass das rectum in zwei Theile getheilt war, deren blinde Enden einander gegenüberlagen. Dieser interessante Sectionsbefund veranlasste ihn nun zu dem Vorschlage, bei ähnlichen Fällen den Bauch zu eröffnen, die beiden Darmstücke an einander zu nähen, oder wenigstens, wenn dies unausführbar wäre, das obere an der Bauchwunde zu befestigen. Es war dies im Jahre 1710. Ein anderer Vorschlag wurde später von Callisen gemacht. Dieser erachtete, wie es scheint, die Eröffnung der Bauchhöhle für höchst bedenklich und wollte darum das colon descendens an der vom Bauchfell nicht überzogenen Seite eröffnet und den After in der regio lumbalis angelegt wissen. Auch Callisen hat die von ihm vorgeschlagene Operationsmethode an keinem Lebenden ausgeübt, sondern nur an Kindesleichen ausgeführt.

An einem Lebenden wurde die künstliche Afterbildung

zum ersten Male im Jahre 1776 von Pillore zu Rouen ausgeführt. Dieser wurde unabhängig von Littre und Callisen durch eigene Reflexion veranlasst, bei einem an scirrhus des oberen Theiles des Mastdarmes leidenden Weinhändler aus Rouen das coecum zu eröffnen, nachdem er es in der Inguinalgegend an der Bauchwunde befestigt hatte. Pillore wählte desshalb das coecum, weil er meinte, dass dieses in Folge seiner eigenthümlichen Gestaltung ein Reservoir für den Koth bilden und das fortwährende Abfliessen desselben verhindern würde.

Seit Pillore datirt nun die ganze Reihe von widernatürlichen Aftern, welche bei Lebenden angelegt worden sind. Von den Operateuren, welche diese Operation ausübten und vervollkommneten, verdient insbesondere Amussat hervorgehoben zu werden, welcher die Methode der extraperitonealen Colotomie, die zwar schon von Callisen vorgeschlagen, aber wieder in Vergessenheit gerathen zu sein schien, systematisch beschrieb und fleissig übte. Fine endlich eröffnete, nachdem er durch einen in der Richtung von der elften Rippe nach der crista ossis dei senkrecht herabsteigenden Schnitt die Weichtheile durchtrennt hatte, das colon descendens intraperitoneal.

Gehen wir auf die Operationsmethoden der Colotomie etwas näher ein, so können wir im Wesentlichen eine colotomia intrapertionealis und eine colotomia extraperitonealis unterscheiden. Jene wird meist in der Inguinalgegend vorgenommen und betrifft entweder die flexura sigmoidea, das coecum oder den Dünndarm; diese hat zum Operationsfelde die regio lumbalis und wird am colon ascendens oder descendens ausgeübt. Welche von diesen beiden Methoden den Vorzug verdient, ist eine noch nicht entschiedene Frage. Die Anhänger der extraperitonealen Colotomie legen das Hauptgewicht darauf, dass sie durch Vermeidung der Eröffnung des peritoneum einer septischen Peritonitis vorzubeugen im Stande seien, und in dieser Hinsicht scheint in der That

ihre Operationsmethode die bessere zu sein. Penetrirende Bauchwunden wurden von jeher wegen der peritonitis, welche sie oft im Gefolge hatten, sehr gefürchtet. Desshalb war es leicht erklärlich, dass man bald nachher, als die Idee der künstlichen Afterbildung aufgetaucht war, sich der anatomischen Thatsache erinnerte, dass das colon ascendens und descendens an der hinteren Seite vom Bauchfell nicht überzogen sind, und wir haben bereits gesehen, wie Callisen und später Amussat diesen Umstand bei ihrer Colotomie verwertheten. Wenn man aber annehmen wollte, dass sich die extraperitoneale Afterbildung desshalb allgemeine Geltung verschafft habe, so würde man sehr irren; und es gibt in der That einige Gründe, welche ihr viel von ihrer ursprünglichen Bedeutung genommen haben. Wie schon erwähnt, soll durch die extraperitoneale Colotomie einer septischen Peritonitis vorgebeugt werden. Dies geschieht aber durchaus nicht immer. Die Sectionen von Kranken, welche nach Callisen und Amussat operirt werden und sterben, ergeben, wie Tüngel in seinem Werkchen über künstliche Afterbildung ausdrücklich hervorhebt, öfters Peritonitis als Todesursache. Nun ist allerdings in einer gewissen Anzahl dieser Fälle schon vor Ausführung der Colotomie Peritonitis vorhanden gewesen, in andern, diese aber erst in Folge der Operation entstanden. Dies darf auch keineswegs Befremden erregen. Einerseits ist es bei der wechselnden Lage des colon nicht immer möglich, direct auf die vom Bauchfell unbekleidete Stelle zu treffen und eine Eröffnung der Bauchhöhle zu vermeiden, andererseits ist auch nicht in allen Fällen ein Theil des colon ohne Bauchfellüberzug, sondern hat, wie man es besonders bei Kindern beobachtet hat, eine vollständige peritoneale Bekleidung. Aber auch in den Fällen, in welchen die Operation nach Wunsche gelungen ist, tritt bisweilen Peritonitis oder eine septische Phlegmone des Beckenzellgewebes ein und führt den Tod herbei. Zudem ist die extraperitoneale Colotomie mit grossen Schwierigkeiten verbunden. Die

Tiefe der Wunde, welche besonders bei muskulösen und fettreichen Personen eine ganz beträchtliche ist, bringt es oft mit sich, dass das Messer nicht unter der Leitung des Auges, sondern nur unter der Controle des Gefühlssinnes vordringen kann, und es ist somit durchaus begreiflich, wenn selbst von Amussat, dem wärmsten Vertheidiger der extraperitonealen Afterbildung, der Darm nicht an der erwünschten Stelle, ja sogar die Niere und Nebenniere angeschnitten wurden. Ferner ist wegen der Tiefe der Wunde ein hinzutretendes Erysipel ziemlich ernster Natur, jedenfalls aber die Heilzeit eine längere, als bei der intraperitonealen Colotomie. Diese dagegen ist leicht ausführbar, die Bauchwunde hat keine besondere Tiefe; sobald das peritoneum gespalten ist, kann der Darm bequem in die Wunde gezogen werden. Hat man sich in dem Sitze des Hindernisses getäuscht, so kann man hier leicht ein beliebiges Darmstück wählen, und erspart sich so eine zweite Verletzung. Die Wundheilung pflegt ziemlich schnell vor sich zu gehen, eine phlegmonöse Entzündung in der Umgebung der Wunde ist hier nicht so gefährlich. Ausserdem hat der Kranke den grossen Vortheil, dass er sich ohne Benutzung eines Spiegels bequem reinigen und durch Anlegung einer bruchbandartigen Bandage das fortwährende Heraustreten des Kothes verhindern kann. Nehmen wir auf die Mortalität bei beiden Methoden Rücksicht, so ergibt sich nach einer Zusammenstellung von van Erkelens bei den nach Amussat Operirten eine Mortalität von 38,8 p. C., bei den nach Littre Operirten von 45,9 p. C. Dies spräche allerdings sehr zu Gunsten des extraperitonealen Verfahrens. Wenn man aber berücksichtigt, dass van Erkelens nur über ein Material von 213 Fällen verfügte und dass von diesen 213 Colotomirten nur bei 61 die Littresche Methode in Anwendung gezogen wurde, so kann man wohl aus dieser so sehr ungleich vertheilten Statistik keinen besonderen Anhaltspunct für die Beurtheilung der beiden Operationsmethoden gewinnen und somit auch nicht schliessen, dass

das Littresche Verfahren ungünstigere Resultate liefere. Zudem ist man jetzt im Stande, durch das antiseptische Verfahren bei der intraperitonealen Colotomie bis zu dem Augenblicke der Darmeröffnung, wenn also die serosa des Darmes schon mit der Bauchwunde vernäht ist, und eine Communikation der äusseren Luft mit der Peritonealhöhe bereits nicht mehr stattfindet, einer septischen Infection vorzubeugen. Aus dem Allen scheint also hervorzugehen, dass die intraperitoneale Colotomie der extraperitonealen vorzuziehen ist.

Was die Indikationen zur künstlichen Afterbildung anbetrifft, so haben sich diese bis heut noch nicht vollständig klar gestellt; und doch ist gerade bei dieser Operation eine möglichst genaue Präcisirung derselben durchaus wünschenswerth. Denn einerseits ist die Colotomie immerhin eine lebensgefährliche Operation, andererseits bringt sie, wenn sie von Erfolg gekrönt ist, eine Verstümmelung mit sich, welche unter Umständen den Operirten ungemein lästig und unangenehm ist. Im Allgemeinen kann man sagen, dass die Colotomie angezeigt ist, erstens bei Darmverschluss und zweitens, wenn der Koth auf seinem Wege nach aussen Theile zu passiren hat, welche durch die Berührung mit Koth in einer das Leben gefährdenden Weise erkranken. Der krankhafte Zustand, welcher durch die Operation beseitigt werden soll, muss also ein lebensgefährlicher sein.

Ein Darmverschluss kann auf verschiedene Weise zu Stande kommen. Er kann vom Darme selbst ausgehen, wie bei Intussusception, Achsendrehung, Tumoren, Narben des Darmes, oder er wird durch Contenta, z. B. Fremdkörper, Gallensteine, harte Kothmassen oder endlich durch ausserhalb des Darmes liegende Missverhältnisse bewirkt. Solche liegen vor, wenn Tumoren oder vergrösserte benachbarte Organe ihn comprimiren, oder ein Ligament oder Bruchhals ihn einschnürt. Schliesslich kommt Darmverschluss angeboren als atresia ani vor. Bei allen diesen Zuständen tritt bald plötzlich, bald nach und nach ein Zeitpunkt ein, wo kein Koth

mehr durch den anus entleert wird, und es entwickelt sich ein Krankheitsbild, welches unter dem Namen ileus hinlänglich bekannt und gefürchtet ist. Wird das Hinderniss nicht beseitigt, so tritt der Tod unfehlbar ein, und nur die Colotomie ist dann im Stande, diesen Ausgang zu verhindern. Natürlich darf man aber erst dann zu diesem äussersten Mittel greifen, nachdem man vorher versucht hat, auf eine minder bedenkliche Weise Rettung zu bringen. In einigen Fällen wird man dies durch innere Medikation erreichen, in anderen wird man das Hinderniss allerdings nur auf operativem Wege, aber ohne Ausführung der Colotomie beseitigen können. Hat man es z. B. mit einer incarcerirten Hernie zu thun, so ist durch Taxis oder durch die Herniotomie der Darm wieder wegsam zu machen und nur dann ein künstlicher After zu bilden, wenn sich das eingeklemmte Darmstück als brandig erweist und darum nicht reponirt werden darf. Sind es Tumoren, welche den Darmverschluss bewirken, so wird man sie, wenn es möglich ist, entfernen und dadurch dem Kothe wieder freien Weg verschaffen.

In diesem Punkte weichen die Anschauungen in gewisser Beziehung auseinander, und insbesondere ist es das carcinoma recti, über dessen operative Behandlung man sich noch nicht geeinigt hat. Während nämlich die Engländer die künstliche Afterbildung dabei für angezeigt halten, befürworten die deutschen Chirurgen die exstirpatio recti. Offenbar ist das letztere Verfahren das allein richtige, indem es durchaus dem therapeutischen Grundsatze entspricht, dass man bei der Behandlung einer Krankheit die Beseitigung der Ursache erstreben muss. Die exstirpatio recti ist zuvörderst oft nicht gefährlicher, wie die Colotomie; ferner ist es möglich, wenn das Carcinom vollständig entfernt und möglichst im Gesunden operirt wird, bisweilen eine vollständige Heilung zu erzielen. Wenn dieser glänzende Erfolg aber auch nur in den seltensten Fällen erreicht wird, so bleibt doch oft jahrelang ein Recidiv aus, und die Kranken fühlen sich während dieser Zeit

vollständig gesund. Durch die künstliche Afterbildung dagegen kann nichts weiter erreicht werden, als dass man dem Kothe einen künstlichen Ausweg schafft und ihn von dem Carcinom ablenkt. Der Zustand der Kranken wird dadurch allerdings gebessert, der Verlauf der Krankheit protrahirt, aber nie coupirt. Wenn man zudem bedenkt, dass es bei der exstirpatio recti oft gelingt, den sphincter ani externus zu erhalten, so dass keine Störung in der Defaecation eintritt, die künstliche Afterbildung aber nie einen sphincter schaffen kann, so muss man sich in der That wundern, dass jene operative Behandlung sich noch nicht allgemeine Geltung verschafft hat.

Doch auch bei dem carcinoma recti kann die künstliche Afterbildung angezeigt sein, und das ist dann der Fall, wenn das Neoplasma so hoch liegt oder hinaufreicht, dass man an eine Entfernung desselben nicht denken kann.

Bei atresia ani wird man nur dann zur Colotomie seine Zuflucht nehmen, wenn es nicht gelingt, den Darm von der Dammgegend aus zu erreichen und ihn hier zu befestigen.

Als zweite Hauptindikation zur künstlichen Afterbildung wurde der Fall bezeichnet, wenn der Koth auf seinem Wege nach aussen mit Theilen in Berührung kommt, welche durch den Contact mit Koth in einer Weise erkranken, dass dadurch das Leben gefährdet erscheint. Dies tritt hauptsächlich ein bei Tumoren, welche entweder vom Darm selbst ausgehen oder den Darm in Mitleidenschaft gezogen haben und zu exulcerativen Processen geneigt sind. Insbesondere gilt dies vom Carcinom. Wenn die faeces mit einem solchen in Berührung kommen, so nimmt es oft einen ganz rapiden Verlauf, macht den Patienten frühzeitig kachectisch und lässt ihn einem schnellen Tode anheimfallen. Gelingt es hier der Colotomie, den Koth von dem Neoplasma abzulenken und den unterhalb des künstlichen Afters gelegenen Darmtheil zur Obliteration zu bringen, so bessert sich der Zustand des Operirten merklich, das kachectische Aussehen verliert sich und das Carcinom kann noch jahrelang ertragen werden.

Aehnlich verhält es sich bei den Communikationen des Darmes mit der Blase. Die empfindliche Blasenschleimhaut leidet durch die Berührung mit den faeces in hohem Grade. Der Catarrh, welcher entsteht, kann in kurzer Zeit den Tod durch Erschöpfung herbeiführen; ja es kann sogar Gangrän, Harninfiltration und Uraemie eintreten und so der letale Ausgang noch schneller herbeigeführt werden. Selbstverständlich darf bei solchen Blasen-Darmfisteln nur dann zur Colotomie geschritten werden, wenn sich die Schliessung der Fistel als unmöglich erweist.

Ganz besonders möchte ich nun aber darauf aufmerksam machen, dass ernste Fieberzustände oder entzündliche und exsudative Processe, welche nebenbei vorhanden sind, von der Operation nicht abschrecken dürfen und werde ich diess schliesslich noch besonders hervorheben.

Ich komme nun dazu, die Ausführung der Colotomie in kurzen Zügen zu beschreiben, wobei ich mich am liebsten an die klare Darstellung von Prof. König halte.

Bei der extraperitonealen Colotomie, welche in der regio lumbalis ausgeführt wird, beginnt der Schnitt unterhalb der letzten Rippe etwa 5 Centimeter von den proc. spinosi der Lendenwirbel entfernt und verläuft in der Richtung nach der spina anterior superior des Darmbeins. Der Schnitt trennt den m. latissimus dorsi und den obliquus abdominis externus, welche hier zusammenstossen, darauf den obliquus internus und den transversus abdominis. Hier kreuzt er den m. quadratus lumborum etwa in der Mitte seines äusseren Randes, der bei sehr tiefer Lage ebenfalls eingeschnitten wird. Der nervus ileo hypogastricus, der an dem zuletzt genannten Muskel sich hinzieht, wird geschont. In der Tiefe der Wunde hat man nun nach vorn das Bauchfell, nach hinten das die Niere umgebende Fettgewebe und in der Mitte das colon. Nun wird der Kranke auf den Rücken gelegt und der sondirende Finger fühlt das colon an seinem elastischen Widerstande, während das Bauchfell nachgibt und die

Nierengegend resistenter erscheint. Man legt nun den Darm bloss und erkennt ihn an seinem haustra und an seiner eigenthümlichen weissgrauen Farbe. Die vom Bauchfelle unbekleidete Stelle gibt sich durch die Längsmuskeln, sowie durch die seitlich auf der Oberfläche hinziehenden Gefässe zu erkennen. Man fixirt nun den Darm in der Wunde, heftet ihn an die Wundränder an und öffnet ihn dann.

Die Fine'sche Methode, die intraperitoneale Eröffnung des colon descendens habe ich bereits früher genügend angedeutet, so dass ich hier nicht weiter auf ihre Beschreibung eingehen will.

Was endlich die Littre'sche Methode anlangt, so komme ich nun sofort zu der genaueren Schilderung derselben.

Nachdem ich so in kurzen Zügen einen Ueberblick über die Lehre von der Colotomie zu geben versucht habe, will ich nun als Bild der intraperitonealen Methode und als Illustration zu den gegebenen theoretischen Auseinandersetzungen einen Fall von künstlicher Afterbildung folgen lassen, welcher zugleich den von mir aufgestellten Satz unterstützt, dass entzündliche und selbst exsudative Processe die Operation nicht contraindiciren. Die Möglichkeit seiner Veröffentlichung verdanke ich dem Herrn Generalstabsarzt Prof. Dr. von Nussbaum, und benutze ich hier die Gelegenheit, demselben für seine Güte den wärmsten Dank auszudrücken.

Johann Heiland aus München, 48 Jahre alt, will früher nie krank gewesen sein, namentlich sollen von Seite seines Verdauungstractus nie Störungen vorgelegen haben. Gegen Ostern 1878 merkte er, wie sich nach und nach eine immer mehr überhandnehmende Stuhlretardition bei ihm einstellte. Anfangs erfolgte die Defaecation noch spontan, wenn auch seltener und schwerer, später war sie nur durch künstliche Mittel zu erzwingen. Zugleich stellte sich zeitweiliges Erbrechen ein, und soll das Erbrochene grün ausgesehen haben und von galligem Geschmack gewesen sein. Schliesslich trat selbst auf die angewandten Laxantien kein Stuhlgang

mehr ein, und da noch dazu Kothbrechen sich einstellte, so liess sich Patient am 31. Mai 1878 ins Krankenhaus aufnehmen.

Bei der Untersuchung zeigte sich Patient ziemlich abgemagert, Zunge stark belegt, das abdomen bedeutend aufgetrieben, Hochstand des Zwerchfells, Spitzenstoss im vierten Intercostalraum fühlbar, geringe Pulsation im epigastrium, die Venen der Bauchdecken stark ausgedehnt, deutliches auf grössere Entfernungen hörbares Gurren im Unterleib. Bei Lagewechsel eine unbedeutende Menge von Flüssigkeit im abdomen nachweisbar. Rechts bestand eine Inguinalhernie, die jedoch dem Patienten nie Beschwerden gemacht hatte.

Der ganze eben gegebene Symtomencomplex deutete darauf hin, dass irgendwo im Darme ein Hinderniss bestehen musste, welches die Kothentleerung unmöglich machte. Welcher Art aber dies Hinderniss war, und wo sein Sitz gesucht werden sollte, darüber ergab die Anamnese und die erste Untersuchung nichts Näheres. Um diese Frage zu lösen, musste man daher zu weiteren Untersuchungsmethoden greifen. Zuvörderst wurde versucht, durch Clysmen einen Stuhlgang zu erzwingen. Patient erhielt daher im Verlauf von zwei Tagen vier Clystiere mit dem Clysopomp. Die Flüssigkeitsmenge, welche in den Darm gebracht werden konnte, war ziemlich gering und wurde nach den ersten drei Clystieren fast unverändert wieder entleert. Das vierte Clysma, in Ricinusöl bestehend, konnte durch ein dünnes, elastisches Kautschukrohr weiter in den Darm hinauf gebracht werden und trat nicht wieder zu Tage. Nachdem man sich so überzeugt hatte, dass man eine Kothentleerung nicht erzielen konnte, nahm man eine Untersuchung per anum vor. Bei derselben fühlte man nach rückwärts in der Concavität des Kreuzbeines einzelne unregelmässige, sehr harte, nussgrosse Höcker; ging man weiter nach oben, so gelangte man zu einer bedeutenden Strictur des Darmes, welche nur mit einem engen, dünnen Kautschuk-Catheter Nr. 5—6 passirt werden

konnte. Aus diesem Befunde liesen sich sämmtliche Erscheinungen am Kranken erklären. Offenbar muss das Entstehen der Darmverengerung bis auf jene Zeit zurückdatirt werden, in welcher die Stuhlverstopfung des Patienten ihren Anfang genommen hatte. Als diese constant wurde und nur durch künstliche Mittel zu beseitigen war, musste die Strictur schon ziemlich bedeutend sein. Dass endlich durch Laxantien selbst kein Stuhl mehr zu erzielen war, muss eigentlich Befremden erregen, da ja immer noch kein vollständiger Darmverschluss vorlag, sondern eine, wenn auch kleine Oeffnung die Communikation unterhielt. Man könnte nun allerdings annehmen, dass oberhalb der stricturirten Stelle ein vollkommener Darmabschluss bestand, wahrscheinlicher aber ist es, dass der bestehende ileus von einer totalen Atonie der Darmmusculatur herrührte. Hartnäckige Obstipation ist ja an und für sich schon im Stande, den Darm atonisch zu machen, und wenn zu ihrer Beseitigung noch drastisch wirkende Laxantien längere Zeit angewandt werden, was vielleicht in unserem Falle geschehen war, so ist es durchaus nicht wunderbar, wenn der überreizte Darm seine Peristaltik einstellt. Durch die bestehende Strictur erklärt sich nun auch das Verhalten des Darmes gegen die Clysmen. Da die Verengerung nicht sehr hoch sass, so konnte das Flüssigkeitsquantum, welches der Darm zu fassen vermochte, nur ein geringes sein. Das vierte Clysma hatte vielleicht, weil mit einem höher hinaufgeführten Kautschukrohre gesetzt, die Strictur passirt, war aber wegen der Atonie des Darmes nicht wieder zu Tage getreten. Das Neoplasma, welches die Strictur bewirkte, schien carcinomatöser Natur zu sein. Dafür sprach sowohl die höckerige Beschaffenheit desselben, sowie das Alter und der Kräfteverfall des Patienten. Eine Exulceration des Carcinoms, die gerade bei seinem Sitze im rectum wegen des fortwährenden Contacts mit Koth die Regel ist, schien durch die scirrhotische Beschaffenheit des Neoplasmas verhindert worden zu sein.

Nachdem nun die Diagnose soweit gesichert war, war auch der Therapie der Weg vollkommen vorgezeichnet, den sie zu gehen hatte. Ein energisches Eingreifen war jetzt um so mehr angezeigt, als sich der Zustand des Patienten fortwährend zusehends verschlimmerte. Die peritonitischen Reizerscheinungen, welche schon bei der Aufnahme des Patienten vorhanden waren, nahmen zu; der Meteorismus und die Schmerzhaftigkeit des Unterleibes steigerten sich, der Puls wurde klein, weich und frequent, und der Kranke verfiel immer mehr. Was sollte nun geschehen? Von einer inneren Medication war absolut nichts mehr zu erwarten; es musste daher ein chirurgischer Eingriff Platz greifen. Hier war keine Wahl ob man eine exstirpatio recti vornehmen, oder einen künstlichen After bilden wolle. Das erstere war aus folgenden Gründen nicht möglich. Es sass die Strictur zu hoch, als dass man das oberhalb derselben gelegene Darmstück nach der Abtragung des Krebses hätte am perineum befestigen können; ferners konnte man nicht absolut sicher diagnosticiren wie weit die Strictur sich nach oben erstrecke, denn der Annahme einer vollständigen Atonie der Darmmuskulatur, welche neben der Strictur den ileus bedingte, durfte nicht unbedingt Glauben geschenkt werden. Man entschied sich daher für die Colotomie. Um aber ganz sicher zu sein, dass nicht etwa die Inguinalhernie Ursache des ileus war, wurde zuvor die Herniotonie gemacht. Die Wahrscheinlichkeit, dem Patienten dadurch zu nützen, war zwar sehr gering, aber man durfte trotzdem diesen Anhaltspunkt nicht ausser Acht lassen. Auch war die Operation, wenn sie zu dem gewünschten Resultate führte, für den Kranken mit keiner grossen Gefahr verbunden, indem dann das antiseptische Verfahren vollständig durchgeführt werden konnte; war sie dagegen erfolglos, so trat vor der folgenden Colotomie die erste Verletzung ganz zurück.

Es wurde also zunächst unter dem Spray rechterseits in der Längsachse des Bruches ein Schnitt angelegt, darauf die

Bindegewebsschichten auf der äusseren Mündung des Leistenkanals durchtrennt und der Bruchsack blosgelegt. Derselbe zeigte sich zwar etwas verdickt, jedoch nirgends adhaerent; die ganze Hernie liess sich daher ohne Schwierigkeiten reponiren. Die Hautwunde wurde dann durch Catgutligaturen geschlossen und mit Collodium übergossen.

Darauf schritt man zur intraperitonealen Colotomie. An der linken Seite des Bauches wurde etwas unterhalb der spina anterior superior ossis ilei ein mit dem Poupart'schen Bande parallel laufender Hautschnitt angelegt; darauf folgte die Durchtrennung der Bauchmuskeln und der sie verbindenden Zellgewebsschichten. Die Blutung war unbedeutend und liess sich durch Anlegung einiger Catgutligaturen leicht stillen. Nun erst wurde nach Spaltung der fascia transversa das peritoneum in der Ausdehnung der Wunde eingeschnitten, worauf sich eine grosse Masse eitrig flockiges Exsudat aus dem cavum peritonei entleerte. Ein Darmstück konnte dann leicht hervorgezogen werden und wurde dasselbe, nachdem man es sorgfältig an die Bauchdecken-Wunde angeheftet hatte, mit einem Schnitte eröffnet. Die Kothentleerung, welche nun folgte, war eine beträchtliche.

Am folgenden Tage schon war das Befinden des Patienten bedeutend besser. Die peritonitischen Reizungen hatten entschieden nachgelassen. Während noch kurz nach der Operation die Temperatur 39,6° betragen hatte, war sie jetzt auf 36,7° gesunken, der Kranke bekam wieder Appetit.

Die Wundheilung ging nun fast ohne Störung vor sich. Am 3. Juni zeigte sich die Umgebung des anus praeternaturalis zwar ein wenig geröthet und die umgestülpte Schleimhaut des Darmes von dem massenhaft abgehenden Kothe etwas excoriirt, doch besserte sich dies Alles unter der Anwendung von Borsalbe und Goulard'schen Umschlägen sehr rasch. Am Ende des Monats Juni war die Heilung als vollzogen zu betrachten.

Als Verband bekam Patient nun eine Art ausgehöhlter Bandage, die mit einem Schwamme auf den anus praeternaturalis gebunden wurde. Da der Zustand des Patienten fortdauernd ein befriedigender blieb und nichts mehr für ihn zu fürchten war, so konnte er bereits am 8. Juli aus dem Krankenhause entlassen werden.

Auch nach Monaten war der Zustand des Kranken, der sich wiederholt vorstellte, noch der ganz gleiche, und scheint das Wachsthum des Krebses offenbar nach Aufhebung des früheren Reizes sehr langsam vorzugehen.

Wir lernen aus diesem Falle, eine wie segensreiche Operation die Colotomie ist. Wenn Gegner der Colotomie meinen, man solle die Operation wegen des ekelhaften Zustandes, den sie mit sich bringt, unterlassen, so ist dem entgegenzuhalten, dass ein anus praeternaturalis, besonders wenn er in der Leistengegend liegt, durchaus nicht so schlimm ist, als man sich vorstellt; denn bei einiger Reinlichkeit und bei einem passenden Verbande kann das Leben ein ganz erträgliches genannt werden. Rochard erwähnt sogar Frauen, welche mit einem anus in der regio iliaca sich verheiratheten und allen, ihnen dadurch erwachsenden Pflichten nachkamen. Die Pflicht des Arztes ist es ferner, das Leben der ihm anvertrauten Patienten, soweit es in seinen Kräften steht, zu erhalten, und er würde geradezu gegen sein Gewissen handeln, wenn er die Colotomie in Fällen nicht ausführen wollte, wo sie allein im Stande ist, die Patienten vor dem sichern Tode zu retten, ja er ist ganz bestimmt dazu verpflichtet, wenn der darüber informirte Kranke, den durch die Operation erreichbaren Zustand dem sicheren Tode vorzieht, was fast ausnahmslos der Fall ist.

Zweitens lehrt uns unser Fall, dass man sich nicht durch bedrohliche, peritonitische Erscheinungen von der Colotomie abhalten lassen darf. Die bestehende peritonitis muss durchaus nicht immer zu einem letalen Ausgange führen, im Gegen-

theil zeigt uns unser Fall, dass sie mit der Beseitigung des Causalmoments, des ileus, sofort coupirt werden kann. Dieser Fall zeigt sogar, dass ein bereits bestehendes eitriges peritonitisches Exsudat, von der Operation nicht abhalten darf, was ich mir im Anfange dieser kleinen Zusammenstellung als erweiterte Indication aufzustellen erlaubte und schliesslich durch wahrheitsgetreue Beschreibung eines von mir selbst beobachteten, sehr glücklichen Erfolges bewiesen zu haben glaube.